

Övervikt och Fetma hos barn och ungdomar

– Hinder och Möjligheter i omvårdnad

Författare: David Hansen
Leif Larson

Program: Sjuksköterskeprogrammet
OM5250 Examensarbete i
Omvårdnad
VT 2010

Omfattning: 15 Hp

Handledare: Birgitta Danielsson

Examinator: Kristin Falk

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Övervikt och Fetma hos barn och ungdomar – Hinder och Möjligheter i omvårdnad
Titel (engelsk):	Overweight and Obesity in children and adolescents – Barriers and Facilitators in nursing
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM5250 Examensarbete i Omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	David Hansen Leif Larson
Handledare:	Birgitta Danielsson
Examinator:	Kristin Falk

SAMMANFATTNING

Bakgrund: WHO beskriver barnfetma som ett av de största och allvarligaste hälsoproblemen i 2000-talet. Internationellt och nationellt finns goda förutsättningar att hitta tidiga tecken på övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Det finns idag både instrument för att identifiera övervikt och fetma och ett flertal arbetsverktyg för att motverka beteenden som bidrar till viktuppgång. All vårdpersonal styrs av lagar och förordningar som bestämmer hur arbetet samt övervakning av patienters sjukdom och hälsa skall genomföras.

Syfte: Syftet med arbetet är att utvärdera arbetsverktygen, MI och KBT, som används idag, och se hinder och möjligheter för hur dessa tillämpas för att åstadkomma livsstilsförändringar i familjer med överviktiga eller feta barn och ungdomar.

Metod: Arbetet har varit en litteraturgranskning som har inneburit en innehållsanalys av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. I sökningar på de största databaserna för vetenskapliga artiklar valdes studier ut som var relevanta för syftet. 11 subkategorier och tre kategorier identifierades.

Resultat: Kategorier som identifierades i analysen var; *Struktur, Påverkan och Medverkan*. Resultatet har visat att det finns många arbetsverktyg mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar, dessvärre är bortfallet bland deltagarna i vissa interventioner ganska stort.

Diskussion: Varför tvekar vårdpersonal då det gäller att införa interventioner som kan påverka familjers integritet? Hur kommer det sig att överviktiga föräldrar inte är mottagliga för en hälsodiskussion kring en livsstilsförändring för deras barn? Är det dags att införa ett Föräldrakörkort?

INLEDNING.....	1
BAKGRUND	1
DEFINITION AV ÖVERVIKT OCH FETMA	2
AKTUELL FORSKNING.....	2
FÖLJDER AV ÖVERVIKT OCH FETMA.....	3
FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER.....	3
Barn- och mödravården	3
Skolhälsovården	3
LAGAR OCH FÖRORDNINGAR	4
Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)	4
Riktlinjer för sjuksköterskor	5
BEHANDLINGSMETODER	6
Fysisk aktivitet på recept (FaR®).....	6
Kognitiv beteende terapi (KBT).....	6
Motiverande samtal (MI).....	7
SYFTE.....	9
METOD.....	9
ARTIKELSÖKNING	9
URVAL	9
ANALYSMETOD.....	10
RESULTAT	10
STRUKTUR	10
Bedömningsinstrument.....	10
Genomförda interventioner.....	11
Tid	11
Urval.....	11
MEDVERKAN	12
Motivation	12
Föräldraengagemang	13
Följsamhet	13
PÅVERKAN	13

Ålder.....	13
Kunskap.....	14
Erfarenhet	14
Yttre omständigheter	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	16
SAUK - modellen	18
KONKLUSION	20
REFERENSLISTA	21
BILAGOR	
BILAGA 1 - IOTF	
BILAGA 2 – RECEPT FÖR ETT HÄLSOSAMT LIV	
BILAGA 3 - ARTIKELSÖKNING	
BILAGA 4 - ARTIKELÖVERSIKT	
BILAGA 5 - KATEGORIÖVERSIKT	
BILAGA 6 - FÖRKORTNINGAR	

INLEDNING

World Health Organization (WHO) beskriver barnfetma som ett av de största och allvarligaste hälsoproblemen under 2000-talet. Problemet är globalt med en alarmerande snabb utveckling. Aktuella siffror visar att antalet överviktiga barn under fem års ålder är uppemot 42 miljoner. Cirka 35 miljoner av dessa barn lever i utvecklingsländer. Överviktiga och feta barn fortsätter troligen med övervikt och fetma in i vuxenlivet vilket kan leda till en ökad risk att utveckla sjukdomar som diabetes eller hjärt-kärlsjukdomar med debut i tidig ålder (1).

I Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) litteraturgenomgång framkom det att 3-4 % av barn i åldern 10 år lider av fetma och 18-25 % anses vara överviktiga (2). I Sverige finns det goda förutsättningar att hitta tidiga tecken på övervikt och fetma. Vid fem års ålder får barnen träffa en sjuksköterska där vikt och längd kontrolleras. Inom skolhälsovården träffar barnen en sjuksköterska där mätning och vägning ingår. De får dessutom ett erbjudande att få råd om näringslära, matvanor och fysisk aktivitet. Vid träffarna är även föräldrar med för rådgivning. Tillvägagångssättet når 99 % av barnen i Sverige mellan 5-7 års ålder. Trots detta har fetman hos barn ökat de senare årtiondena. Vi vill försöka förstå varför samhället, hälsovården och föräldrar i synnerhet inte bryr sig mer och ingriper mer kraftfullt med livsstilsförändringar mot en strävan efter ett hälsosammare liv för hela familjen, för att motverka barn och ungdomars viktuppgång. Vi har valt att inte fokusera på den i media ganska traditionella granskningen av övervikt och fetma, nämligen på vad folk äter och vilka dieter man skall använda för att gå ner i vikt. I slutet av uppsatsen finns en lista på alla förkortningar som vi använt oss av i uppsatsen (*se bilaga 6 – Förkortningar*).

BAKGRUND

Förekomsten av fetma hos barn har visat sig vara ett växande problem i stora delar av världen. Redan i förskoleåldern kan det ses tendenser av ökad fetma. USA har från år 1980-1999 haft en fördubbling av förekomsten av fetma hos barn och ungdomar. I Sverige är förekomsten av fetma 3-4 % hos barn i 10-årsåldern, och 18-25 % är överviktiga. Fetma definieras av SBU som en sjukdom. Faktorer som påverkar vikten kan vara energiintaget och den fysiska aktiviteten. Detta är dock individuellt och genetiskt betingat. Omgivningsmiljön kan också vara en påverkande faktor för hur fetman utvecklas (2). Att arbeta med att förändra livsstilen hos barn med fetma är en betydelsefull del i barnhälsovården (4). Arbetsverktyg för skolsköterskan är bland annat Motivational Interviewing (MI) som bygger på samspel med barnet och familjen, där familjens erfarenheter är i fokus i jämförelse med en konfronteringsmetod då den professionella bestämmer vad som skall göras i behandlingen. Kognitiv Beteende Terapi (KBT) används vid behandling av övervikt, fetma och grundar sig i att identifiera och förändra beteenden som medverkar att bevara övervikten. Faktorer som närmiljön, individanpassade känslor och tankar är i centrum (5). Den globala epidemin av ökad fetma hos barn som observerats sedan 1980-talet beror bland annat på förändrade matvanor och livsstilar. Det finns luckor i kunskapen om hur olika miljömässiga faktorer interagerar när det gäller orsaken till ökningen i förekomst av övervikt och fetma, och hur man skall implementera effektiva program för att främja en hälsosam viktutveckling bland barnen och ungdomarna (6).

DEFINITION AV ÖVERVIKT OCH FETMA

WHO definierar övervikt och fetma som "*onormal eller överdriven fettansamling som kan frambringa en risk för ohälsa*" (1). WHO mäter vuxnas övervikt och fetma med hjälp av Body Mass Index ($BMI = \text{vikt(kg)} / \text{längd (m)}^2$) som klassificerar övervikt relaterat till vikt och längd. Övervikt definieras med ett $BMI \geq 25$, och fetma $BMI \geq 30$. År 2006 släpptes *the WHO child growth standards*, vilket är en standard som inkluderar mätvärden för övervikt hos barn under fem år. Det är svårt att skapa standarder för barn i 5-14 års ålder därför att barnen går igenom många fysiologiska förändringar under tillväxten. Därför utgår man idag ifrån olika tabeller (*se bilaga 1 – IOTF*) (1). IOTF:s tabell visar BMI-gränsvärden för övervikt isoBMI-25 och fetma isoBMI-30 för barn och ungdomar i åldern 2-18 års ålder (7). Skolhälsovården inom Västra Götalandsregionen (VG-regionen) använder sig av isoBMI vid bedömning av övervikt och fetma hos barn och ungdomar med hjälp av tillväxtkurvor (5).

AKTUELL FORSKNING

SBU har gjort en litteraturgenomgång av preventiva åtgärder mot fetma i skolan. Totalt 34 000 barn undersöktes där program med goda matvanor och stimulering av fysisk aktivitet användes. Konklusionen som SBU gjorde var att det är genomförbart att preventivt arbeta med skolbaserade program mot fetma med mål att få goda resultat (2). Skolhälsovården Hisingen, i Göteborg, kartlägger barnens hälsa genom Recept för ett hälsosamt liv som tar upp områden som skolan, fritid, daglig rörelse, mat och träning (*se bilaga 2 – Recept för ett hälsosamt liv*). I en amerikansk studie lägger man dessutom till sömn och vikt som viktiga hälsoindikatorer. Det framkom att sömnunderskott var associerat med övervikt enligt ökat BMI för manliga unga på så sätt att för varje timme med mer sömn, hade de unga 10 % mindre risk att drabbas av övervikt. Dynamisk influens innebär att familjens allmänna attityd, beteende och förhållning till mat och andra aktiviteter som kan påverka hälsan präglas i barnet. Detta anses vara en viktig faktor i familjens möjlighet att påverka hela familjens livsstil, och framförallt barnens livsstil då det gäller exempelvis regelbundna gemensamma måltider. Gemensamma måltider är en viktig del i uppfostran där föräldrarna kommunicerar familjens traditioner, kultur och värden. Att säga till barnet "ät dina grönsaker, de hjälper dig att hålla dig frisk" är ett kraftfullt budskap som barnet tar till sig, och som dessutom automatiskt fastnar i det undermedvetna. TV tittandet har i flera studier visat sig kunna påverka barns prevalens för övervikt. Forskning med vuxna har visat att det finns kopplingar mellan sömnbrist och förbränningen av kolhydrater. Överviktiga barn och ungdomar kan uppleva lägre självkänsla som i sin tur sänker livskvaliteten. Deltagande i olika fysiska aktiviteter och att känna sig säkra i att ha möjlighet att delta i fysisk aktivitet har visat sig ha psykologiska fördelar (14).

Professor Lauren Lissner (8) som forskar i förekomsten av övervikt och fetma hos barn har med sin studie Child Lifestyle Obesity Epidemic (CLOE) påvisat att det nationellt syns en nedåtgående tendens av fetma hos barn i åldern 10 år. Studien visade att de kulturella och sociala aspekterna påverkade förekomsten av övervikt och fetma. Barnfetman i Askim framkom vara 7 % jämfört med 21 % i Bergsjön. Inga nationella kampanjer mot fetma i Sverige finns i nuläget, men Lissner hoppas på större insikt med hjälp av media med tiden (8). Enligt Gabrielle Eiben, från Identification and prevention of Dietary and lifestyle induced health Effects In Children and infantS (IDEFICS), som driver ett projekt av CLOE så skall man under period över fem år kartlägga och förstå förekomsten av övervikt och fetma hos barn, samt utarbeta strategier för att normalisera barns viktutveckling i förskolan och lågstadiet. Projektet startade år 2007 och är EU

anpassat. Under år 2007-2008 genomfördes studien i nio länder där man totalt undersökte 18 000 barn. I Sverige undersöktes 1800 barn, där Alingsås-, Mölndal och Partille kommun ingick i projektet. Partille var interventionskommun där 850 barn i åldern 2-8 år deltog. Hälsa främjades genom bland annat bättre kostvanor och ökad fysisk aktivitet. Alingsås och Mölndal blev kontrollgrupper. I Studien CLOE visade det sig att 8 % av barnen i Sverige var överviktiga och 8 % hade fetma. Enligt en ännu opublicerad forskningsrapport har det visat sig att italienska barn låg överst i studien internationellt med 22 % övervikt och 41 % fetma. Barnens matvanor kartlades där 20 % av barnen i Sverige såg på TV under måltiden jämfört med Italiens 70 %. WHO Europa tog år 2003 initiativet till att i 14 europeiska länder undersöka övervikten bland barn, i ett projekt vid namn "COSI". Statens folkhälsoinstitut (FHI) i Sverige valde att inte delta i denna studie (9).

FÖLJDER AV ÖVERVIKT OCH FETMA

Fetma under uppväxttiden har visat sig leda till allvarliga fysiska hälsoproblem senare i livet. Perlhagen (10) förklarar att Mossbergs 40-åriga uppföljning av barn med övervikt och fetma har visat sig löpa en större risk för utveckling av ortopediska besvär, hjärt-kärlsjukdomar och en ökad risk av för tidig död (10). Att det föreligger risk för både fysisk och psykosocial ohälsa vid övervikt och fetma hos barn kan styrkas genom att SBU granskat sambandet och funnit starka kopplingar. Undersökningar har även visat att psykisk sjukdom är vanligare hos överviktiga än hos normalviktiga barn (2). Studier har kunnat visa på att barn med fetma utifrån en skala på 100 hade 67 i livskvalitet i jämförelse med friska barns värde på 83. Anmärkningsvärt nog visade undersökningen att självuppskattad livskvalitet hos barn med cancer var den samma statistiskt jämfört med barn med fetma (11). Undersökningar om attityderna inom sjukvården angående fetma hos patienter visade att 24 % av sjuksköterskorna fann det motbjudande att arbeta med feta patienter. Feta ansågs som lata, frossare och ha dålig självstyrka. Även dietister rapporterades ha negativa attityder till att vårda feta (12).

FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Barn- och mödravården

Övervikt hos den gravida kvinnan innan, under och ett år efter förlossningen ger en ökad risk för att barnet skall drabbas av övervikt. Den offentliga barnhälsovårdens (BHV) uppgift är att informera, rådgiva om vikten av god kost, motion och amning. Mödravårdscentralen (MVC) och Barnavårdscentralen (BVC) bör ta väl hand om gravida och barn med övervikt och fetma. Hälsopedagogiskt material är under utveckling för att vidare kunna hjälpa dessa familjer (10).

Skolhälsovården

Skolhälsovårdens mål, som definieras i skollagen är bland annat, att bevara och förbättra elevernas psykiska, kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor. Målen uppnås genom att:

- Vid hälsoundersökningar kunna identifiera tecken, problem på ohälsa där åtgärder tidigt kan behöva sättas in hos eleven.
- Att kunna uppmärksamma situationer i elevers närmiljö som kan medföra förhöjd risk för ohälsa och skada.

- Att i samarbete med elever, vårdnadshavare och övrig skolpersonal arbeta för att ge eleverna kunskap om hälsosamma levnadsvanor och om faktorer som bidrar till ohälsa (13).

LAGAR OCH FÖRORDNINGAR

Enligt Förenta Nationernas (FN) konvention om barnets rättigheter nämns bland annat att man skall ”*erkänna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa*” och /.../ ”*säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära*” (15, artikel 24).

Enligt åklagare Ulrica Bentelius-Egelrud vid Internationella Kammaren Åklagarmyndigheten i Göteborg så har Sverige tillträtt FN:s barnkonvention, och ratificerat densamma. Man har dock inte än transformerat den till svensk lag, men arbete pågår i en utredning. Syftet med denna blivande lag är att lättare komma åt situationer som idag anses vara svåra för myndigheter att hantera då det gäller situationer då flera lagar ibland tycks verka mot varandras syften. Då det gäller FN:s barnkonventions mening att barn skall försäkras om en trygg och säker uppväxt, så ser Åklagarmyndigheten just idag ingen möjlighet att lagföra en enskild förälder för brott mot densamma. Om man som privatperson vill att en domstol skall ta upp ett ärende som man anser staten inte sköter väl, enligt FN:s barnkonvention, skall man inlämna en klagan till FN:s Barnkommitté som sedan stämmer staten i frågan. Dock finns en annan möjlighet som åklagaren ser möjlig, nämligen att utreda detta enligt Socialtjänstlagen. Politikerna anser att Socialtjänstlagen följer, och att den är utformad utifrån FN:s barnkonvention, men det anser inte Åklagarna. Enligt Socialtjänstlagen kan man som förälder bli åtalad för vanvård, omsorgsbrist, eller misshandel, som under en längre tid leder till kroppsskada. Samma sak gäller om man ständigt matar sitt barn med dålig föda, eller ingen föda alls (likställt med alkohol och droger) Då kan man inleda en ”§ 50 utredning” som troligen kan leda till att barnet i fråga blir omhändertaget i Sverige (16).

Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)

Utgångspunkten i FN:s barnkonvention är respekten för barnets fulla människovärde och integritet, samt barndomens egenvärde där barn liksom vuxna ska ses som unika individer med egna behov. Konventionens grundsyn bygger på varje barns rätt att utan diskriminering få sina rättigheter respekterade, principen om barnets bästa, vikten av att lyssna på barnet och dess rätt till liv och utveckling. I barnkonventionen slås det fast att barn på grund av sin sårbarhet behöver vård och skydd. Det betonas också att det är familjen som har det primära ansvaret för att ge barnet vård och skydd samtidigt som barnets behov av samhälleligt skydd betonas. Konventionen sätter barnets behov framför föräldrarnas. Samtidigt framgår det av förarbetena att vid en intressekonflikt mellan de vuxna och barnet måste dock barnets intresse ha företräde. Vad som är barnets bästa har också ansetts föränderligt över tid i takt med ändrade värderingar och ny kunskap i samhället. Barnkommittén föreslog att barns bästa ska tolkas utifrån två perspektiv. Det objektiva perspektivet som grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet och det subjektiva perspektivet som barnet själv ger uttryck för. Det bästa underlaget får man, enligt kommittén, om de båda perspektiven kombineras. Enligt betänkandet är barnets bästa inte alltid avgörande men ska alltid beaktas, utredas och redovisas. Principen om barnets rätt till delaktighet har sitt ursprung i artikel 12 i

barnkonventionen. Där anges att barnet ska beredas möjlighet att, antingen direkt eller genom företrädare, höras i alla domstols- och administrativa förfaranden som rör barnet. Det finns ingen nedre åldersgräns för när barn ska få komma till tals och uttrycka sina åsikter. Även ett mycket litet barn ska ha rätt att bli hörd och respekterad för sina åsikter inför beslut som rör barnet (17).

För att uppfylla målet med den kommande lagen, LBU, skall socialnämnden tillsammans med myndigheter och andra samhällsorgan som exempelvis sjukvård, skolhälsovården och föreningslivet samarbeta för att särskilt uppmärksamma barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.

Socialnämnden har, enligt 5 kap. 1 § SoL, ”ett särskilt ansvar att följa barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt” (17, sid 323).

Arbetet med denna nya kommande lag belyser problematiken genom att bland annat peka på att socialsekreterare som har ansvaret för barnavårdsärenden ständigt måste göra ett antal överväganden och fundera över var gränser går. Vården är oftast störst när det gäller mindre barn, där det kan vara livsavgörande för dem såväl att utsättas för separationer som att stanna kvar i en riskabel hemmiljö. Dessutom är de för små för att själva förmedla sin inställning och kanske har de ännu inte några symtom på att fara illa. Socialsekreteraren känner sig ofta otillräcklig och den dubbla rollen att stödja föräldrarna samtidigt som man har ansvaret att stå för samhällets kontroll är särskilt svår när det handlar om yngre barns hemförhållanden. Obalansen mellan målen för socialtjänstens arbete och det stora ansvar som lagts på socialtjänsten och de begränsade möjligheter till ingripande som lagen ger är också ett generellt problem.

Socialsekreterare i barn- och ungdomsvården tvingas därtill inte sällan arbeta med människor som inte valt kontakten och som inte alltid vill acceptera de lösningar som socialsekreteraren erbjuder. Situationen är ojämlik, genom de maktmedel som socialtjänsten förfogar över, vilket innebär att etiska frågeställningar ständigt måste vara närvarande i det sociala arbetet. Målet med verksamheten enligt denna lag är att barn och unga ska kunna växa upp under trygga och goda förhållanden. Med barn avses i denna lag varje människa under 18 år. Med unga avses varje människa under 21 år. Lagen anger mål, inriktning och på en del punkter detaljerade bestämmelser. Självklart, men ändå värt att påpeka, är att lagstiftningen inte i sig kan garantera kvalitet, kompetens, likvärdiga bedömningar och beslut i alla delar av landet. Den sociala barn- och ungdomsvården behöver ytterligare stöd och uppmärksamhet utöver det som följer av en ny lag, till exempel inom forskning, utbildning och lokal kunskapsutveckling av arbetssätt och metoder. Utredaren ska undersöka och analysera om, och i vilka situationer, det är lämpligt att införa bestämmelser som ger socialtjänsten möjlighet att under en begränsad tid efter utredningen följa hur förhållandena för barnet utvecklas, vilka konsekvenser en reglering kan få samt hur dokumentationen av detta ska ske (17).

Riktlinjer för sjuksköterskor

The ICN code of ethics for Nurses är utgiven första gången 1953 av International Council of Nurses och där kan man läsa att “*Nurses have four fundamental responsibilities: to promote health, to prevent illness, to restore health and to alleviate suffering. The need for nursing is universal*” (18, sid 1). “*The nurse shares with society the responsibility for initiating and supporting action to meet the health and social needs of the public, in particular those of vulnerable populations.*” (18, sid 2).

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska kan man läsa ” *Helhetssyn och etiskt förhållningssätt, Visa omsorg om, och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet samt* ” /.../ ” *Bidra till en helhetssyn på patienten* ” (19, sid 10). Och /.../ ” *Identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer* ” (19, sid 12).

Som vårdpersonal har vi enligt både nationella och internationella riktlinjer skyldigheter att följa. Trots detta visar forskning att vårdpersonal överger behandlingsmetoderna till följn av att barnet inte fullföljer behandlingen.

BEHANDLINGSMETODER

Insatser vid behandling av övervikt och fetma bör vara familjefokuserade och med målsättningar på förändring av beteenden, motion och kost med energireducerat innehåll. Norra Bohusläns nämnd lyfter i sin handlingsplan fram motiverande samtal, kognitiv beteende terapi och fysisk aktivitet som evidensbaserade metoder för att behandla övervikt och fetma hos barn och ungdomar (20). En annan behandlingsmetod som kan användas mot övervikt och fetma är FaR® som beskrivs här nedan.

Fysisk aktivitet på recept (FaR®)

Barn skall minst utföra 60 minuters fysisk aktivitet/dag uppdelat i måttligt och hög intensitet. Därför är det viktigt att som sjuksköterska uppmuntra till fysisk aktivitet och uppmäna till mindre tv tittande och datoranvändande. Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är anpassat till vuxna och drivs av en FaR® samordnare. Hisingens samordnare för FaR® har utvecklat FaR® för unga. Idén inriktar sig på barn i åldern 7-15 år. Motiverande samtal är i fokus och ett frågeformulär, Recept för ett hälsosamt liv, används (*se bilaga 2 – Recept för ett hälsosamt liv*). Uppföljning görs genom telefonkontakt och ett avslutande besök med samordnaren. Att kombinera fysisk aktivitet och kostförändringar hos barn ger bättre resultat i viktminskningar än enbart kostförändringar (20).

Kognitiv beteende terapi (KBT)

Vid behandling av övervikt och fetma är KBT en metod där man vill förändra beteendet som medverkar till att bevara övervikten. Syftet är att på lång sikt förändra beteendet och själva tankesättet för att sedan kunna ändra livsstilen och att reducera vikten hos barnet (20). Behandlingen kan både göras i grupp eller individanpassat. Utformningen av behandlingen lägger fokus på situationen ”här och nu” där känslor och tankar sätts i centrum. Barnet får uppgifter som den skall arbeta med hemma inför nästa möte. För att kunna göra livsstilsförändringar krävs det att man identifierar faktorer som framkallar ett visst beteende. Arbetet ligger sålunda i att kunna styra faktorer i omgivningen som påverkar till övervikt. Mål för KBT av barnfetma är;

- Att barnet skall gå ner i vikt och,
- Att barnet skall kunna behålla den nya vikten.

KBT arbetar långsiktigt med fokus på beteendeförändringar som gör att barnet ändrar beteende till en mer hälsosam livsstil. För att inte enbart gå ner i vikt kortsiktigt så krävs kontinuerlig uppföljning (5).

KBT har olika delmoment. Dessa moment kombineras med råd om kost och hur mycket fysisk aktivitet som utövas.

- *Själv-monitorering*: Barnet skriver ner vad för mat som äts i en matdagbok och vilken fysisk aktivitet man utövar. Strategin verkar för att öka insikten om sina

egna beteenden och för att kunna göra en förändring. Identifieringen leder till förändring av sina beteenden.

- *Stimuluskontroll*: Skapa en miljö som ger potential att minska i vikt. Barnet skall så lite som möjligt utsättas för de stimuli som skapar beteendet att äta okontrollerat.
- *Kognitiv omstrukturering*: Med mål att omstrukturera de automatiska tankar och aktiviteter som leder till problembeteendet. Ersätta de dysfunktionella tankarna med tankar som strävar efter en sund livsstil.
- *Målsättning*: Att ha ett gemensamt uppsatt mål är viktigt. Målen skall vara tydliga och konkreta utifrån barnets förutsättningar. Vad barnet vill att viktminskningen skall leda till skall vara i centrum och det skall i sin tur leda till diskussion om vad som krävs för att nå målet; viktminskning.
- *Problemlösningstrategier*: Barnet lär sig lösa problem för att kunna hantera situationer som skapas i mötet med den professionella och utanför terapimötena. Identifiera problemet, se över lösningar, vad det ger för konsekvenser, kunna välja en lösning och utvärdera resultatet.
- *Återfallsprevention*: En plan görs där den professionella och barnet tar upp vilka framsteg som gjorts, och information ges om hur man bibehåller vikten (5).

Motiverande samtal (MI)

Denna metod utvecklades på 1980-talet av en amerikansk psykolog vid namn William R Miller, som på 1970-talet började arbeta med KBT mot personer med missbruksproblem. I ett par studier påvisade han att klientens alkoholkonsumtion minskade enbart genom att rådgivaren lyssnade empatiskt. Centralt i det motiverande samtalet är att klienter har olika grad av förändringsbenägenhet. Denna förändringsbenägenhet kan indelas i tre olika nivåer; låg, medelhög och hög förändringsbenägenhet. Uppgiften för rådgivaren är att möta klienten där hon befinner sig och väcka hennes intresse för förändring. All information till klienten sker i dialog, och inte som föreläsning. Rådgivarens mål är att framkalla förändringsyttranden, istället för motståndsyttanden. Det slutliga målet är att få klienten att öka sin vilja att förändra sig, och att underlätta att komma vidare i sin förändringsprocess. Tiden kan ofta vara en begränsande faktor, men forskning visar att man även på kort tid kan göra stor nytta med motiverande samtal. Det kan ta lång tid och många samtal för att förändra en klient, och det är inte alltid att man klarar av att nå ett mål (21).

I MI finns grundläggande principer som att;

- *Visa empati*, och visa att man vill förstå klienten.
- *Utveckla diskrepans*, genom att påvisa skillnader i hur det är nu, och hur det borde vara, utifrån klientens eget mål.
- *Undvika argumentation*, då klienten kommer med motståndsyttanden, men istället försöka förebygga att detta inträffar. Motstånd kan vara ett naturligt uttryck för oro eller skepsis inför den stundande förändringen.

- *Stödja självtillit*, rådgivaren visar sin tillit till klienten och ger uppmuntran och stöd under förändringen och visar att han verkligen uppskattar klientens ansträngningar (21).

SYFTE

Syftet med arbetet är att utvärdera arbetsverktygen, MI och KBT, som används idag, och se hinder och möjligheter för hur dessa tillämpas för att åstadkomma livsstilsförändringar i familjer med överviktiga eller feta barn och ungdomar.

METOD

Arbetet har inneburit en systematisk litteraturstudie för att skapa en överblick av olika forskningsresultat kring vilka arbetsverktyg och metoder som finns idag för att angripa problemet med överviktiga barn och ungdomar. Först identifierades ett problemområde, sedan ett problem, och till sist värdera och analysera relevant forskning där målet var att få svar på våra frågor i syftet (22).

ARTIKELSÖKNING

Vid sökningarna efter vetenskapliga artiklar användes databaser som Pubmed, Cinahl med olika kombinationer av sökord. Primära sökord: *child, adolescent, overweight, obesity, motivational interviewing, cognitive behavioral therapy*. Sökorden *barn, ungdomar, övervikt, fetma och kognitiv beteendeterapi* översattes till engelska med hjälp av Svensk MeSH (23). Begreppet *motiverande samtal* översattes med hjälp av lexikon online. Artikelsökningen fick utvidgas på grund av brist på material. Sökningen som tillkom var *cognitive behavioral therapy*. Valet av sökord grundades utifrån de behandlingar som finns i sjukvården, och skolhälsovården idag. Sammanställning av artikelsökningen finns presenterat under (*se bilaga 3 – Artikelsökning*). Sökningarna gjordes i de olika databaserna och vid flera tillfällen hittades samma artiklar. I resultatdelen användes både kvalitativa och kvantitativa studier där 29 artiklar granskades och 10 artiklar valdes ut till resultatet. I sökningen inkluderades två verktyg som används idag; FaR® och SAUK. Dessa två återfanns inte i vare sig Cinahl, eller PubMed, trots att sökning gjordes både på svenska, samt översattes av oss själva till engelska.

URVAL

Granskning av artiklarna gjordes för överensstämmelse med syftet. Artiklarna lästes flera gånger med ändamål att skapa inblick och förtrogenhet. Efter inkludering av artiklar gjordes en artikelöversikt där: *referensnummer, tidskrift, årtal, land, syfte, metod och urval* presenteras. Artiklarna i resultatet kom från Sverige, Australien, Holland, USA och England (*se bilaga 4 – Artikelöversikt*). De vetenskapliga artiklarnas sammanfattning lästes igenom och sekundära källor (summarys, reviews) exkluderades för att enbart fokusera på primärkällor. Avgränsningar som ”peer-reviewed och ”research article” användes för att om möjligt kunna säkra kvalitet på forskningsartiklarna. Publiceringsåldern på artiklarna avgränsades till en räckvidd på 10 år för krav på tidsenlig kunskap. Enbart barn och ungdomar i åldern 0-18 år var relevant utifrån syftet.

ANALYSMETOD

För att få en helhetssyn på artiklarna användes en innehållsanalys, där fokus var att identifiera manifest innehåll i enlighet med Graneheim & Lundman (24). Vid genomläsningen hittades meningsbärande enheter, som uppfyllde syftet. En *meningsbärande enhet* är de stycken och meningar som lyfter fram innehållet i texten. Därefter reduceras de *meningsbärande enheterna* till *kondenserade enheter*, för att summera innehållet till några få ord. Sen kondenserades dessa till subkategorier och slutligen till kategorier. Subkategorier som identifierades var; *bedömningsinstrument, föräldraengagemang, följsamhet, erfarenhet, motivation, tid, ålder, genomförda interventioner, kunskap, urval och yttre omständigheter*. Dessa subkategorier sattes tillslut in i kategorier. De kategorier som identifierades var; *struktur, medverkan och påverkan (se bilaga 5 – Kategoriöversikt)*. Allt detta är en process som syftar till att förkorta texten, men behålla kärnan av innehållet. Under processen analyserades artiklarna enskilt för att i nästa moment diskutera resultatet. Resultatet har sedan sammanställts och analyserats utav två olika personer flera gånger för en strävan efter högre kvalitet av analysmetoden (24).

RESULTAT

STRUKTUR

Bedömningsinstrument

Hinder: Enligt en artikel publicerad 2009 av Small et al. (26) så har metoderna för bedömning av övervikt hos barn och ungdomar förändrats över tid, enligt barnhälsovårds-, och sjukvårdspersonal (25). En fundamental princip är att man närmar sig problemet på ett patientcentrerat sätt, innehållande empowerment, självbestämmande, och delaktighet i beslutsfattandet. Barnet sätter själv sina egna mål för livsstilsförändring (26). I en artikel från 2007 påvisades att sjuksköterskor och annan hälsovårdspersonal har en olycklig tendens att presentera information, eller ge rekommendationer utan att uppmuntra familjen till att vara deltagande i att skapa en hälsoplan, eller att förstå sammanhanget i familjens dagliga liv (27). Överlag så visade var och en av de tre interventionerna, kognitiv-, beteende-, samt en jämförelsegrupp, på viktnedgång. Det bästa resultatet visade sig i beteendegruppen, med en minskning på ca 10 % minskat BMI uppmätt vid två olika tillfällen, under en tidsperiod på 12 månader (28). I två artiklar ifrån 2007 och 2009 beskrevs att definitionerna för övervikt och fetma saknar enhetlighet (3, 29). En del sjuksköterskor hade problemförnekelse på så sätt att de inte tyckte att övervikt bland barn och ungdomar egentligen var ett problem (3).

Möjlighet: Föräldrar som hade deltagit i KBT applåderade processen, och tyckte det var en barnvänlig metod och talade om att skapa ett partnerskap (26). Enligt två undersökningar ifrån Holland och Australien uppnådde ungdomarna i KBT gruppen en signifikant förbättring i sin; vikt, BMI, fettmängd, bukfetma och höftomfång, jämfört med kontrollgruppen (29, 30).

Genomförda interventioner

Hinder: PNP:s (pediatricians, pediatric nurse practitioners and registered dieticians) i båda kohorterna rapporterade lägre nivåer av följsamhet gentemot de rådgivande rekommendationerna (25). I framtida studier planeras det att ta bort föräldrarnas BMI som inklusionskriterie, samt att utöka åldersgrupperingen till att även innefatta 2-8 års ålder (31). Enligt Akker et al. (29) och Tsiros et al. (30) är fortsatta uppföljningsstudier nödvändiga för att se vilken inverkan KBT programmen har på viktkontroll över lång tid (29, 30).

Möjlighet: Båda studierna indikerade att 95-97 % av sjuksköterskorna ansåg att professionella praktiska riktlinjer skulle förbättra deras möjlighet att behandla överviktiga barn och ungdomar, trots att expertrekommendationer och riktlinjer fanns tillgängliga vid samma tidpunkt (25). Det är genom den kollaborativa processen som förälder och barn blir aktiva partners i att skapa hälsosamma livsstilsförändringar (27). Enligt Schwartz et al. (31) har självmonitorering ökat barnets och föräldrarnas medvetenhet om deras livsstil och nödvändiga förändringar (31). Överlag så visade alla de tre behandlingsalternativen signifikanta minskningar i % över ideala BMI (28). I American Journal of Clinical Nutrition från 2008 beskrevs resultatet från en KBT grupp med ungdomar i åldern 12-18 år. Detta kunde vara en effektiv behandlingsmetod för att nå förbättringar i kroppssammansättning bland ungdomar genom att fokusera på en hållbar livsstilsförändring och att det kunde vara en användbar intervention för att behandla ungdomars övervikt (30). Barnen som inte kom till återbesöket efter ett år var även mindre framgångsrika under de tre första månaderna i KBT programmet (29).

Tid

Hinder: I två kohort studier där 413 PNP:s deltog framkom det att sjukvårdssystemets brist på tid för patienten inverkade negativt på resultatet (25). Administrativ tidsspillan blev ett stort problem då det förflöt upp till ett år från första mötet till behandlingsstarten (26, 31). Att klara av arbete, barnomsorg, hushållet, skolscheman och andra skolrelaterade aktiviteter ansågs som hinder för familjen att förbättra sin livsstil (27). Även om ungdomarna i behandlingsgruppen, per definition, var överviktiga i slutet av interventionen med KBT, förväntades det inte att de skulle nå en normal BMI inom en så kort tid eftersom detta skulle ha krävt dramatiska och snabba livsstilsförändringar som inte är att rekommendera för ungdomar (30).

Möjligheter: Tyler och Horner (27) påvisar att man måste tillåta mer tid för frukost antingen hemma eller i skolan (27). En studie i USA genomfördes i grupper med uppskattningsvis fem barn per grupp och deras förälder eller föräldrar i 10 veckovisa möten som varade 120 minuter vardera (28).

Urval

Hinder: I kohortstudierna var 97,2 och 98,3 % kvinnor (25). Pubertalstatus användes av Brennan (32) som urvalskriterie för att få deltaga i studien (32). Schwartz et al. (31) begränsade rekryteringen i sin pilotstudie till barn som kunde ta sig till hälsovårdsbesöken (31). Feedback data från barnläkare, dietister, föräldrar och kontorsanställda föreslog markanta förändringar för en framtida utökad klinisk test (3). Resultatet av studien var begränsad till upplevelser hos ett litet antal låginkomsttagare och engelskspråkiga familjer som var övervägande Mexikanamerikaner (27). Inkluderingskriterierna i studien av Pollack et al (33) som gjordes i USA år 2009 var; engelsktalande, BMI > 85 % relaterat till ålder och kön, 12-18 år, inte vara gravid.

Studien hade 43 % bortfall (33). Deltagarna var begränsade till medelklassbarn och deras föräldrar, samt mestadels vita (28). Exklusionskriterierna i studien av Akker et al. (29) var; övervikt förorsakad av en somatisk behandlingsbar sjukdom, utvecklingsstörning och beteendeproblem samt tala dålig holländska och brist på motivation från förälder eller barn att aktivt delta i programmet (29).

Möjlighet: I en artikel i *Childrens Health Care* publicerad 2004 i USA visades att uppskattningsvis 15 % av alla skolbarn klassade som överviktiga (28), vilket gör att urval för liknande studier är lätt att sätta samman.

MEDVERKAN

Motivation

Hinder: PNP:s upplevda brister förknippades med föräldrars medverkan och med sjukvårdssystemet samt brist på patientens motivation (25). I en studie gjord av Pollack et al. (33) framkom att de gav både patienter och läkare 20 dollar vardera en månad efter studien (33). I en studie där man använde KBT var ett exklusionskriterie otillräcklig motivation till att aktivt medverka i programmet (29). Ett problem var ambivalensen hos sjuksköterskor som kände att barnets vikt kunde vara ett problem, trots att det inte fanns någon uppenbar motivation att göra någonting. Dessutom trodde sjuksköterskorna att föräldrarna var omotiverade att ta tag i deras barns viktproblem (3).

Möjlighet: MI kan vara ytterligare en strategi att kunna förstärka vårdgivarens skicklighet i att utvärdera och hantera utmanande patienters beteendeförändringar. Eftersom genomförandet av studien hänger mycket ihop med motivation och bekvämlighet så bör man i framtiden undersöka om det kan finnas alternativa metoder för att uppmuntra ett större antal PNP:s att fullfölja undersökningen (25). Brennan et al. (32) beskriver hur man med hjälp av mätinstrumentet CHOOSE HEALTH klassificerar deltagarens möjlighet att förändras då det gäller eftertänksamhet, förberedelse, aktion och upprätthållande av en MI behandling (32). Att sätta mål och få belöningar har motiverat och uppmuntrat barnet att göra, och fortsätta med sin livsstilsförändring. Argumentationer hemma kring livsstilsförändringar upplevdes att ha undvikits tack vare överenskomna skrivna mål (26). Målet med gemensam förhandling är att arbeta tillsammans med föräldern för att förebygga barnens hälsa, uppmärksamma föräldern att den är expert på barnet och fortlöpande arbeta med att öka föräldrarnas kontroll. Flera föräldrar rapporterade färre konflikter med barnen när man genomförde och upprätthöll de överenskomna förändringarna (27). MI är patientcentrerat och en direkt rådgivande teknik som används för att utforska och lösa frågetecken kring livsstilsförändring (33). Föräldrar blev utbildade till att bli kognitiva coacher och uppmuntrades att omforma negativa tankar i ett mera positivt ljus, men också att uppmärksamma barnets svårigheter i KBT-programmet. Deltagare blev undervisade i att utveckla och att som motivation använda positiva tankar i relation till ansträngning och framgång (28). Genom att utvärdera barnets och föräldrarnas motivation innan de går med i KBT så minskar man bortfallet (29). Sjuksköterskor trodde att MI var en potent problemlösare eftersom de kände att det var speciellt användbart för att närma sig känsliga ämnen som övervikt och fetma. *"Tidigare informerade vi mycket och lyssnade och informerade igen men nu försöker vi istället att uppmuntra patienten att tänka en gång till"*. Om du har en motiverad förälder är det mycket enklare att genomföra MI med barnet (3).

Föräldraengagemang

Hinder: Mer än 80 % av de tillfrågade PNP:s poängterade vid båda tillfällena att föräldrarna uppfattades som ett hinder för att genomföra den samarbetande förhandlingsprocessen. En del föräldrar underminerade aktivt barnets plan genom att fortsätta köpa hem fet mjölk, söta drycker, och högkalori snacks. I ett fall hade även pappan kontaktat skolan och önskat att barnen skulle få extra portioner mat vid lunch eftersom de klagade över att de var hungriga när de kom hem. Skolan uppfattade den här pappan som en uppriktig och bekymrad förälder och hörsammade hans önskan. Båda barnen vägdes av skolan och det upptäcktes att de hade gått upp tre och ett halvt kilo vardera under de föregående åtta veckorna. Efter detta insåg pappan att han var tvungen att finna andra vägar att hantera barnets hunger med exempelvis frukt och grönsaker (27). Föräldrar, som var uppenbart överviktiga, eller hade fetma, uppfattade trots detta sig själva som fullständigt friska och sunda, argumenterade att deras barn var stora men friska och inte alls i behov av någon viktrådgivning. Om föräldrar inte såg detta som ett problem kände sjuksköterskorna att det var svårt att motivera till MI. En del föräldrar som var överbeskyddande över sitt barn ville inte diskutera viktfrågor i barnets närhet, utav rädsla för att skapa känslor av skam och skuld (3).

Möjlighet: Deltagarna i studien av Brennan et al. (32) uppmanades att föra så noggranna noteringar som möjligt över allt energiintag över sju dagar, utan att ändra något av den dagliga rutinen (32). Schwartz et al. (31) kom fram till att 94 % av föräldrarna rapporterade att MI hjälpte dem att förändra familjens matvanor (31). Tyler och Horner (27) uppmanade familjerna att upprätta en måltidsplan. Föräldrarna deltog aktivt i barnets planläggning för att skapa en förändrad livsstil (27). Föräldrarna utbildades till att bli beteendecoacher och blev uppmuntrade till att omforma negativa tankar till att bli positiva och även se problemen i barnens svårigheter i det kognitiva beteende programmet (28).

Följsamhet

Hinder: I en studie genomförd i USA av Small et al. (25) från 2008 var följsamheten mindre än 50 %. En av de fem vårdcentralerna hoppade av studien innan den startade (25). Enligt Schwartz et al. (31) fullföljde endast 67 % av patienterna studien (31). De hinder som rapporterades var bristfällig utrustning, dåligt väder, stressad livsstil, säkerhetsproblem, inga lekkamrater, eller närliggande rekreationsanläggningar, eller känslan av att vara trött (27).

Möjlighet: Ingen av de åtta deltagande dietisterna rapporterade något behov av att ändra deras normala arbetsinsats under studien (26).

PÅVERKAN

Ålder

Hinder: Följsamhet till rekommendationer kring nutrition och aktiviteter var signifikant lägre för överviktiga förskolebarn jämfört med överviktiga skolbarn och ungdomar i de båda studierna (25). I en studie med 173 ungdomar framkom att äldre läkare gjorde fler reflektioner än de ställde frågor (33). Analyser som Akker et al. (29) kom fram till visade att 62 % av barn i åldern 12 år och äldre, hoppade av KBT programmet, i motsats till 21 % av yngre barn (29).

Möjlighet: Small et al. (25) kom fram till att följsamheten till rekommendationer kring nutrition och fysisk aktivitet i behandlingsinriktningar för ungdomarna var ganska hög vid båda tillfällena (25).

Kunskap

Hinder: Många vårdgivare var inte fullt medvetna om, eller fullt följsamma till expertrekommendationerna eller evidensbaserade riktlinjer gällande övervikt bland barn. Mindre än hälften av de deltagande PNP:s rapporterade att de förutbestämde BMI eller BMI procent för deras patienter (25). De flesta av läkarna hade ingen MI träning, vilket visades i deras MI skicklighet. Kvinnliga läkare, äldre läkare, barnläkare och de med lägre BMI visade högre nivåer av MI-skicklighet (33). I studien framkom att de deltagande PNP:s tyckte att ansvaret låg på patientens axlar att reflektera och agera istället för att följa fingervisningar och förslag. De ansåg också att patienterna var tvungna att förstå att de var ansvariga för sina egna liv (3). Barnläkarna i studien kommer att erbjudas ytterligare träning i MI för att kunna genomföra ett lyckat kontorsbaserat preventionsprogram (31). Studien föreslår att bara de dietister med lämplig interprofessionell skicklighet, expertis och träning borde ta sig an viktkontroll för barn och ungdomar (26). Användandet av självskattning i motivation ansågs väl etablerat bland den vuxna och yngre befolkningen. Trots detta var användandet bland skolbarn inte rapporterat i någon litteratur. *"Kan verkligen två flaskor sockerdricka öka min vikt med upp till 10 kilo?"* (27).

Möjlighet: Pollak et al. (33) kom fram till att manliga yngre familjeläkare och de med högre BMI kan vinna mycket på att utbilda sig i MI (33). Ett av målen i MI-interventionen med de 63 familjerna var att förbättra vanorna kring deras ätande och den fysiska aktiviteten (32). Slutligen planerade Schwartz et al. (31) att producera en interaktiv DVD som demonstrerade kliniska scenarier relevanta till studien som ett supplement till MI träningen (31). I en undersökning gjord 2008 i England av Stewart et al. (26) framkom att dietisterna hade en formell träning i KBT. Dessutom var deras skicklighet och kvalitet i intervjuteknik övervakad och utvärderad av oberoende utvärderare. Dessa behandlingstekniker är nu rekommenderade vid behandling av barn med kroniska problem (26). Alla deltagare i studien av Tyler och Horner (27) fick ett informationspaket innehållande exempelvis; innehållsförteckningar från matförpackningar, serveringsförslag baserad på matpyramiden och aktivitetstips för föräldrar samt en referenslista med sex strategier för livslång hälsa baserad på nationella rekommendationer (27). Akker et al. (29) belyser i sin studie från Holland att överviktiga barn med största sannolikhet kommer att bli överviktiga eller feta som vuxna, med en ökad risk för diabetes typ II, kardiovaskulära sjukdomar och förtidig död (29). Enligt Söderlund et al. (3) så besitter primärvården en möjlighet att tidigt upptäcka tecken på övervikt och då erbjuda råd i livsstilsfrågor (3).

Erfarenhet

Hinder: I en undersökning gjord i Australien av Brennan et al. (25) genomförd 2008 påvisades en minskning av klinisk erfarenhet och kunskap (25). Eftersom en deltagande förälder kom från en familj med endast en förälder, och ofta var hungrig ville han försäkra sig om att hans barn inte behövde få samma upplevelser som han själv hade upplevt (27). I en undersökning från 2007 publicerad i The Journal of Pediatrics framkom att äldre läkare gjorde fler reflektioner än de ställde frågor (29).

Möjlighet: Akker et al. (29) genomförde år 2007 en studie kring KBT på 73 barn och

deras föräldrar där det visade sig att kvinnliga läkare och läkare med ett BMI under medianvärdet ställde mer öppna frågor (29).

Yttre omständigheter

Hinder: Upplevelsen av brist på stöd inom hälsovårdssystemet uppgick till 65 % i studien från 2005 (25). Punkterade däck och bollar, trasig eller förlorad utrustning, närhet till fängelser, brist på trottoarer, inga lekkamrater eller närliggande friluftsanläggningar ansågs utgöra hinder för en förbättrad livsstil (27). Tidigare studier där man använt lågenergikost som angreppsmedel har visat negativa effekter på ungdomars tillväxt och utveckling (30). I en undersökning baserad på fokusgruppsintervjuer av Söderlund et al. (3) från år 2009 gjord i Sverige kom man fram till att föräldrar var överbeskyddande över sina barn och ville inte diskutera viktfrågor i närheten av barnet av rädsla att framkalla känsla av skuld eller skam (3).

Möjlighet: Övervikt och fetma hos barn och ungdomar har blivit fokus i media i ett försök att öka medvetenheten hos hälsovården och allmänheten (25). I en undersökning bland Mexikanamerikaner gjord i USA år 2007 av Tyler och Horner (27) för att hjälpa låginkomstfamiljer att förbättra sin livsstil föreslog man; mer frukt och grönsaker, äta frukost varje dag, minska mängden mat som man äter, använda distraktion, kontrollera hastigheten på ätandet, portionsstorlekar och antal portioner (27).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Artiklarna som studerades var av både kvalitativt och kvantitativt innehåll. Att göra en litteraturstudie om övervikt och fetma bland barn och ungdomar är i hög grad aktuellt och angeläget. Dessvärre hittades inga vetenskapliga artiklar kring de svenska behandlingsinriktningarna; FaR® och SAUK. Detta ledde till att fokus lades på MI och KBT eftersom det gick att hitta material ifrån olika världsdelar, i majoritet från västvärlden. Att använda rätt urval är mycket viktigt för att få en god kvalitet, samt för att uppnå ett tillförlitligt resultat. Exempelvis hade en artikel pubertal status (32) med som urvalsbegränsning, exempelvis om deltagaren haft pubeshår. Vid artikelgranskningen har framkommit att urvalet bland annat baserat sig på motivation (25, 33). Att från början utesluta omotiverade personer med uppenbara viktproblem i studier om fetma är att göra det enkelt för sig själv. Borde det inte författarna istället satsas på att få folk att komma till insikt och därmed motivation? Om föräldrarna inte var övertygade om att barnet var överviktigt, såg flera sjuksköterskor det som mycket svårt att starta upp MI (27). En av studierna (25) hade nästan enbart kvinnor med i sin studie, vilket ju leder tankarna till att ett sådant resultat borde vara svårtolkat därför att urvalet bara begränsades till kvinnor. Hur hade resultatet sett ut om man hade ansträngt sig för att ha en jämn fördelning av män och kvinnor i sin studie? En studie hade kombinerat språkkrav, graviditet, somatiska sjukdomar, brist på motivation och låg inkomst som urval, vilket borde innebära att resultatet inte är generaliserbart. De flesta artikelförfattarna har kritiserat sitt eget resultat. I denna artikelgranskning har andra brister framkommit relaterat till deras urval.

En innehållsanalys har använts med syfte att hitta gemensamma kategorier i materialet. Samtliga artiklar var på engelska vilket både kunde leda till feltolkning och översättningsproblem. När resultat av kategorierna närmare hade förklarats, kunde ytterligare kondenserade enheter tagits med för att mer i detalj förklara kategorierna. Resultaten är tillämpliga även i Sverige eftersom hälso-, sjuk-, och skolhälsovård är uppbyggt ungefär på samma sätt i hela världen.

RESULTATDISKUSSION

I artikelsökningar har inte den genetiska faktorn funnits med som sökord, trots att detta ofta i media anses vara en bidragande orsak till övervikt och fetma. Märkvärdigt nog har ingen av de 29 granskade artiklarna en enda gång nämnt ordet genetik som bidragande faktor till fetma eller övervikt. Olika patientgrupper har identifierats där både barn och deras föräldrar har valts in utifrån olika kriterier. Professionella begränsningar och attitydbegränsningar hos hälsovårdspersonal har också identifierats. Administrativa hinder för genomförandet av vissa behandlingsprogram framkom. De olika bedömningsinstrument som finns för att mäta fetma och övervikt hos barn och ungdomar är något så när lika varandra men skiljer sig ändå åt, vilket kan påverka resultatet av bedömningen (3, 25-27, 29, 30). Exempelvis fanns det vissa sjuksköterskor som hade problemförnekelse och inte ansåg att övervikt var ett egentligt problem. *"...healthy fat children" /.../ ...only natural with a little flesh on the body."* (3, sid 444). Det finns en tendens att bara fokusera på viktproblemet men att glömma omgivningen kring barnet, såsom familj och dagligt liv. Det förefaller vara förhållandevis små skillnader mellan arbetsverktygen MI och KBT, då båda metoderna har visat sig

framgångsrika då det gäller viktkontroll och viktminskning. Studierna som granskats har visat på interventioner som har sträckt sig över en kort period så som exempelvis ett år. Detta visar inte någon hållbar och bestående livsstilsförändring över längre tid. Fler och längre studier krävs.

En studie visade att föräldrarna uppfattades som ett hinder mot behandlingsmetoden av vårdpersonal. Överviktiga föräldrar ansågs svåra att motivera till förändringar. Följsamheten visade sig i studien att vara ett återkommande problem (27). Det är märkligt att man som förälder uppfattas som ett hinder av vårdpersonal, då föräldrarna egentligen borde vara det bästa stödet och inneha den bästa möjligheten att stötta barnet. I skolan och i samhället i stort, diskuteras både kostcirkeln och matpyramiden så pass mycket att detta inte borde kunnat gå någon förbi. Hur kommer det sig då att så många verkligen inte bryr sig om vad barnen får att äta, eller vad de gör tillgängligt för sina barn? Som vårdpersonal har man en skyldighet att skapa en god hälsa, och att ta hand om familjen kring barnet. Trots detta backar en del vårdpersonal då de tycker att patienten har ett eget ansvar. Är vi som vårdpersonal fega? Vad kan vårdpersonalen förlora på att sträcka ut handen, men på ett mer kraftfullt sätt? Det finns riktlinjer för vårdpersonalens arbete, men vem följer upp att detta efterföljs? Och vad kan följden bli rent juridiskt om det visar sig att riktlinjerna inte fullföljs? Ett allvarligt problem är att vissa sjuksköterskor inte ansåg övervikt och fetma som ett problem (3). Om inte vårdpersonal, med sin utbildning, ser detta som ett problem, och vågar ta tag i det, vem skall då göra det? Insiktslösa och outbildade föräldrar?

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska skall sjuksköterskan visa omsorg om, och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet samt bidra till en helhetssyn på patienten (19). Detta lär bli svårt om patienten själv inte vill lyssna på råd, och ändra sin livsstil, eller om föräldrarna tycker att deras barn inte är så farligt överviktigt. Om det nu arbetar sjuksköterskor inom hälsovården, så borde väl dessa arbeta mer för just hälsan, det vill säga undvika att barn och ungdomar hamnar i övervikt och fetma? En studie visade att den tillgängliga erfarenheten och kunskapen minskar över tid hos vårdpersonal. De flesta läkare behöver mer utbildning i MI för att bli skickligare (33). I grundutbildningen till sjuksköterska, dietist och läkare får man tydligt lära sig att man skall ställa sig på patientens sida, då det gäller sjukdom och hälsa. Kunskapen har visat sig minska i de studier som granskats. Kan detta vara på grund av att personalen ofta byter arbetsplats och på så sätt förlorar arbetsplatsen värdefull kompetens? Varför? Saknades motiverande vidareutbildning på arbetsplatsen? Upplevde man kanske att systemet och de behandlingsmetoder som fanns inte gav tillräcklig genomslagskraft?

Aktivt deltagande föräldrar visade sig positivt då det gällde att få till en förändrad livsstil för barnet. Det rapporterades att KBT inte påverkade vårdpersonalens normala arbetsinsats negativt (26). Då är det ju rätt konstigt att detta inte införs med omedelbar verkan över alla vårdnivåer, för att förhindra att barnens vikt ökar till den gräns då det är svårt att ta tag i den. Personliga erfarenheter hos föräldrar kan påverka hur man tillåter barnet tillgång till föda. Personlig erfarenhet hos personalen kan även påverka hur man bearbetar frågeställningen kring övervikt och fetma (27). Att man förr i tiden hade lördagsgodis, tycks ha försvunnit till att idag tillåta godis alla dagar i veckan. Många föräldrar fyller upp frysen med minipizza som mellanmål, just för att detta är så enkelt för barnet att tillaga själv efter skolan. Genom att använda MI har studier visat att är det enklare att motivera barnet till att sätta mål och få belöningar för sina framsteg. Detta ledde till färre konflikter i hemmet kring de överenskomna reglerna (26).

Belöningar skall då givetvis vara i linje med god kost, och inte vara en godispåse, eller en läsk! Ett hinder för ett lyckat resultat borde väl vara att köpa motivationen för pengar? I en studie fick nämligen deltagarna betalt för att medverka (33)!

En del sjuksköterskor föreföll att ha förutfattade meningar om föräldrarnas motivation till att hjälpa barnet (25). Är detta av lathet? Det finns enkla arbetsmetoder att väga och mäta barn och ungdomar och att räkna ut deras BMI. Att tro eller anse något blir givetvis inte rätt. BMI är ett trubbigt instrument eftersom en bodybuilder automatiskt då skulle lida av extrem fetma. Varför finns inte sömn med som en del i Recept för ett hälsosamt liv, som skolhälsovården arbetar med, då det verkligen visar att mer sömn, ger mindre risk för övervikt? Hur ser samhällets kroppsideal ut egentligen? Vad har de överviktiga själva för kommentarer till dessa ibland tråds mala ideal? Vad är egentligen rätt figur när alla provkollektioner inom klädbranschen kommer i storlek 36? Är den svenska kvinnan verkligen en 36:a eller är målen ouppnåeliga? Innan man sätter in kraftiga behandlingsmetoder som MI och KBT kan man vinna en del tid på att undersöka deltagarens vilja och möjlighet till förändring (25). Vårdgivarens personliga situation, med BMI, kön och erfarenheter ställer möjligheten att ställa adekvata frågor på sin spets. Barn över 12 år visade en tendens att hoppa av KBT programmet i motsats till yngre barn (29). Vi tror att äldre barn kan påverkas av jämnåriga barn och falla för grupstrycket och äta och dricka som alla kompisar gör, det vill säga fel! Hur kommer det sig att uttrycket *fredagsmys* är så väl etablerat och synonymt med att äta chips och dricka sötade läskedrycker. Förr i tiden åt man godis enbart på lördagen. Vad kommer härnäst? Att ägna mer tid åt gemensamma måltider (27) skapar både ett kulturellt, socialt och vanemässigt beteende. I vårt stressade samhälle ses ofta föräldrar som köper färdig mat att värma i mikrovågsugnen, istället för att ge matlagningen en viktig social roll i familjen. Gemenskap och närhet är alltså en mycket viktig bidragande faktor i sammanhanget. Tänk dig att Socialtjänsten kommer och omhändertar dina barn, med hänsyn taget till att du gett dem fel mat? Att inom sjukvården inte ägna patienten tid skapar svårigheter för bestående livsstilsförändringar.

Etiska frågeställningar i sammanhanget kan vara; - Är det rätt att man skall ta hänsyn till barnets egen vilja oavsett åldern? (17). Om föräldern själv är överviktig, och inte har insikt i sin livssituation, och framtida hälsorisk, hur ska hälsovårdspersonal då agera?

SAUK- modellen har använts, enligt litteraturen, inom onkologi, förlossningsvård, äldreomsorg, transplantationskirurgi och hematologi. Det vi ser i denna modell är många liknande delar från MI, och då frågar vi oss varför inte SAUK- modellen används inom barn-, och ungdomspsykiatri, skolhälsovården och andra enheter där man träffar på barn med olika problem med exempelvis dålig självbild. De delar som liknar varandra är just detta att man initialt måste identifiera mottagarens egen situation, och mottaglighet för en föreslagen förändring. Man kan kalla det för att möta patienten på dess egen nivå, man kan kalla det för att bekräfta patienten i mötet med vården.

SAUK - modellen

Hur ett bekräftande möte kan ske och systematiseras i olika faser beskrivs i (SAUK)modellen som är utvecklad av Barbro Gustafsson (34). SAUK-modellen har implementerats inom olika verksamhetsområden för att kvalitetsutveckla omvårdnaden med fokus på patientens självbedömning. Detta ses som en viktig resurs för att patienten skall klara av sin hälso-, och livssituation. **SAUK** står för; Sympati-fas, Acceptans-fas, Upplevelsemässig inbörds-fas samt **K**ompetens-fas. Inom primärvården används modellen för att systematisera distriktssjuksköterskors bekräftelsekompetens i mötet

med patienter och deras anhöriga inom hemsjukvården. Inom den psykiatriska vården används modellen i mötet med suicidala patienter. Metoden används också idag inom olika kliniker i den svenska sjukvården såsom onkologi, förlossning, äldreomsorg, transplantationskirurgi och hematologi (34).

Bekräftelse i "Jag-Du-mötet" anser Gustafsson (34) utgöra grunden för allt mänskligt liv. Bekräftelsen anses intimt förknippad med vår egen existens, och med bekräftelse menar man att "du existerar" samtidigt en acceptans av den andres upplevelser och innebär av hela sin livssituation. Bekräftelse berör vår upplevelse av att leva i relation med andra, vår tillväxtpotential som människa, och våra möjligheter till mental stabilitet, utveckling och mognad. Med icke-bekräftelse, som exempelvis "*du existerar inte*" förstås "*försök att begränsa den andres frihet, att tvinga honom att handla på ett sätt som vi önskar men helt i avsaknad av känsla och omsorg, och med nonchalans för den andres existens och bestämning*" (34, sid 73). Patienter som upplever mötet kränkande och förödmjukande kanske väljer att inte söka vård. En förutsättning för bekräftelse är att någon form av osäkerhet hos oss föreligger avseende något. Då är den bekräftande interaktionen evidensen som minskar vår osäkerhet. Bekräftelse i mötet mellan patient-personal definieras som en dynamisk process som positivt bevarar och förstärker patientens självbedömning genom att förstärka positiv självbedömning, alternativt att försvaga negativ självbedömning. Personalens beteenden, såsom uttalanden, handlingar, kroppsspråk och förhållningssätt medför att patientens osäkerhet minskar. Personalen kan ofta fungera som en "nyckel" till att patienten ser nya möjligheter till att klara sig själv och i och med detta antaga nya utmaningar för att skapa sig ett gott liv. Då patienten utvärderar sig själv utifrån sina egna krav och förväntningar förstärks hennes självbedömning positivt om hon lyckas genomföra det hon önskat göra. Omvårdnads målet att skapa ett bekräftande möte är ett krav som skall ställas på personalen. Det behövs struktur, process och resultat krävs för att nå målet. För att målet skall uppnås krävs att patienten, och personalen är villig att medverka till att ett ömsesidigt möte uppstår. Bekräftelse kräver en önskan ömsesidighet och kompanjonskap. Det är av avgörande betydelse att personalen kan skapa sådana förutsättningar och omständigheter så att patientens vilja att vara i relationen stärks. Detta kan endast ske om patienten känner sig trygg, upplever frihet i relationen, och kan påverka situationen utifrån egna önskemål, krav och förväntningar (34).

LBU kan komma att förändra verkligheten för en del föräldrar. Den svenska skolhälsovården har inte med sömn som en del i deras Recept för ett hälsosamt liv för en hälsosammare livsstil för barnen. Forskning gjord av Diane Tyler, vid Nursing School of Texas, Austin Texas, har påvisat att flera studier kommit fram till att sömn är en viktig faktor som kan påverka metabolism. För varje timme mer sömn som en yngre man fick, minskade risken för övervikt med 10 % (14). Matsituationen i skolan är en mycket viktig faktor där barnen präglas i deras framtida matval. I en skola som vi läste om (27) serverade man ohälsosam mat till frukost. Det fanns bland de PNP:s som deltog i undersökningen en utbredd känsla av brist på stöd i de åtgärder som förväntades av dem i hälsovårdssystemet (25). Detta leder givetvis till att man inte tar tag i problemen, utan hellre backar från sitt ansvar. Ett stort bidragande problem i en studie (27) visade att ekonomiska omständigheter gjorde det svårt för föräldrar att stödja sina barn, då exempelvis materiella saker var trasiga. Man kan ju fundera över om detta bara är dåliga ursäakter för att inte engagera sig.

I Kina har man valt att införa den totalitära staten, där man begränsar antalet barn till ett per familj. I Sverige har vi ännu inga statliga regleringar då det gäller familjebildning, och inte heller då det gäller några grundkrav på föräldraskapet. Följande liknelse tycker vi är på sin plats; I Sverige vill du ta körkort. Då går du till Staten och ber om ett tillstånd. Tillståndet utfärdas och du går till en trafikskola. Därefter examineras du av en examinator från Staten. Polisen övervakar sedan att du sköter dig i trafiken, och om du skulle missköta dig för mycket, tilldelas du böter, eller blir av med ditt körkort, och i värsta fall åker du i fängelse. Därefter får du åter fråga Staten om du kan få ta ett nytt körkort. Staten granskar då dig igen för att se om du är lämplig att få ett körkort igen.

Tänk om det kunde införas ett så kallat Föräldrakörkort? Läggs en obligatorisk utbildning på säg 10 tillfällen för alla blivande föräldrar. I denna utbildning lägger man upp villkoren för hur ett bra föräldraskap skall se ut, både vad gäller uppfostran, och kost. Missköter man detta, kan Polisen komma och omhänderta dina barn, för att sedan utvärdera om du är kapabel att ta hand om dina barn igen. Som det ser ut idag kan en del få svårt att skaffa körkort på grund av tidigare försyndelser som fylla, medicinering och sjukdom. Vem som helst kan skaffa barn, utan någon som helst granskning av sin lämplighet. Är det kanske dags att införa ett Föräldrakörkort?

KONKLUSION

Man får inte glömma att man skall ha en mottaglig mottagare för sitt budskap. Annars är det som att "hålla vatten på en gås". Inom vården finns flera olika sätt att identifiera övervikt och fetma, men dessa upplevs vara en aning svåra att använda kraftfullt, troligen av rädsla för att kränka familjernas integritet. Efter att övervikt och fetma identifierats kan man välja olika arbetsverktyg för att motverka beteendet som bevarar övervikt och fetma. Trots att arbetsverktygen redan finns utformade av experter finns en tendens att vårdpersonal avviker ifrån kravet på ansvar att ta hand om patienten. Dessutom visade vissa studier att föräldrar och barn hoppade av programmen. Vi tycker att det är tragiskt att man tappar gnistan när det gäller en så viktig fråga som kan påverka barnets framtida hälsa. En reflektion efter granskningen av en artikel, tar upp nödvändigheten av att se resultatet av behandlingsmetoderna över lång tid. Kanske ska man till och med följa med barnet från tidiga år, ända upp i vuxen ålder? Forskning på barns näringskontroll och viktkontroll är mycket begränsad. Här ser vi utrymme för ytterligare framtida forskning. Man har i Sverige ännu inget fall där barn omhändertagits för ohälsosam kost, eller omsorgsbrist i den meningen att man övergött sitt barn till övervikt eller fetma. Detta kan radikalt komma att ändras om hela den nya lagen LBU införs.

Sov mer, och ät inte innan du går och lägger dig!

REFERENSLISTA

1. WHO. Childhood overweight and obesity. 2010 [cited 2010 March 20]; Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en>
2. Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering. Fetma – problem och åtgärder. 2002 [cited 2010 March 20]; Available from: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>
3. Söderlund LL, Nordqvist C, Angbratt M & Nilsen P. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. Health Education Research 2009;24(3):442-49.
4. Bråbäck L, Bågenholm G, Ekholm L. Fetma utvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Läkartidningen 2009;106(43):2758-61.
5. Västra Götalandsregionen. Beslutsstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma inom VGR. 2010 [cited 2010 March 20]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/>
6. EpiLife Child (CLOE). Barns livsstil och fetmaepidemin. 2009 [cited 2010 April 19]; Available from: http://www.epilife.sahlgrenska.gu.se/Samverkan/EpiLife_Child_CLOE/
7. Cole TJ, Bellezzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. British Medical Journal 2000;320(35):1240-43.
8. Den senaste forskningen kring barnfetma. Föreläsning; 2009 November 17; Göteborgs Universitet. Sverige.
9. IDEFICS. Föreläsning; 2009 November 17; Göteborgs Universitet. Sverige.
10. Perlhagen J, Flodmark C, Hernell O. Fetma hos barn - prevention enda realistiska lösningen på problemet. Läkartidningen 2007;104(3):138-41.
11. Söder O. Feta barn har sämre livskvalitet än barn med cancer. Läkartidningen 2003;100(30-1):2433.
12. Rössner S. Utbredd diskriminering av feta. Läkartidningen 2002;99(49):4996-8.
13. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. 2004 [cited 2010 March 20]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-130-2>

14. Tyler DO, Horner SD. Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008;20:194-203.
15. Unicef, Barnkonventionen. FN: S Konventionen om barnets rättigheter. 1989 [cited 2010 March 20]; Available from: <https://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-i-olika-versioner/barnkonventionen-hela-texten#tjugofyra>
16. Muntligt: Ulrica Bentelius-Egelrud Åklagare vid Göteborgs Internationella Kammare, Domstolsverket Tel: 031-7394124 . 2010-04-21.
17. SOU. Lag om stöd och skydd för barn och unga, LBU 2009:68. 2009 [cited 2010 April 4]; Available from: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/11223/a/129751>
18. International Council of Nurses (ICN). The ICN Code of Ethics for Nurses. 2005 [Cited 2010 April 29]; Available from: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>
19. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. 2005 [cited 2010 April 19]; Available from: www.socialstyrelsen.se
20. Västra Götalandsregionen. Lokal handlingsplan för att motverka övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Norra Bohuslän + Faktadokument. 2009 [cited 2010 March 21]; Available from: http://nyheter.vgregion.se/upload/HSK%20Uddevalla/Handlingsplan%20Norra%20Bohusl%C3%A4n_slutl.pdf
21. Statens Folkhälsoinstitut. MI-manual - Vad är ett motiverande samtal.? 2008 [cited 2010 March 21]; Available from: <http://www.fhi.se/sv/Metoder/Halsoframjande-och-forebyggande-metoder/Motiverande-samtal/MI-manual/>
22. Friberg F. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur, 2006.
23. Karolinska Institutet . Svensk MeSH-MeSH sökverktyg. 2010 [cited 2010 April 19]; Available from: http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2):105-12.

25. Small L, Anderson D, Sidora-Arcoleo K, Gance-Cleveland B. Pediatric Nurse Practitioners` and Management of Childhood Overweight/Obesity: Results from 1999 and 2005 Cohort Surveys. *Journal of Pediatric Health Care* 2009;23(4):231-41.
26. Stewart L, Chapple J, Hughes AR, Poustie V, Reilly JJ. The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *Journal of human nutrition and dietetics* 2008;21(5):464-73.
27. Tyler DO, Horner SD. Collaborating With Low-Income Families and Their Overweight Children to Improve Weight-Related Behaviors: An Intervention Process Evaluation. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2008;13(4):263-74.
28. Herrera EA, Johnston CA, Steele RG. A Comparison of Cognitive and Behavioral Treatment for Pediatric Obesity. *Children`s Health Care* 2004;33(2):151-67.
29. E. van den Akker, P. Puiman, M. Groen, R. Timman, M. Jongejan, W. Trijsburg. A Cognitive Behavioral Therapy Program for Overweight Children. *The Journal of Pediatrics* 2007;151(3):280-83.
30. Tsiros MD, Sinn N, Brennan L, Coates AM, Walkley JW, Petkov J, Howe P RC, Buckley JD. Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition* 2008;87:1134-40.
31. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, Sullivan S, Rockett H, Thoma KA, Dumitru G, Resnicow KA. Office-Based Motivational Interviewing to Prevent Childhood Obesity *A Feasibility Study*. *Archives of Pediatrics & Adolescent medicine* 2007;161(5):495-501.
32. Brennan L, Walkley J, Fraser SF, Greenway K, Wilks R. Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment for adolescent overweight and obesity: study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials* 2008;29(3):359-75.
33. Pollak K, Alexander S, Østbye T, Lyna P, Tulskey J, Dolor R, Coffman C, Namenek Brouwer R, Esoimeme I, Manusov J. Primary Care Physicians`Discussions of Weight-Related Topics with Overweight and Obese Adolescents: Results from the Teen CHAT Pilot Study. *Journal of adolescent health* 2009;45:205-7.
34. Idvall E. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Gothia Förlag, 2009.

BILAGOR

BILAGA 1 - IOTF

Table 4 International cut off points for body mass index for overweight and obesity by sex between 2 and 18 years, defined to pass through body mass index of 25 and 30 kg/m² at age 18, obtained by averaging data from Brazil, Great Britain, Hong Kong, Netherlands, Singapore, and United States (7).

Age(years)	Body mass index 25 kg/m ²		Body mass index 30 kg/m ²	
	Males	Females	Males	Females
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

BILAGA 2 – RECEPT FÖR ETT HÄLSOSAMT LIV

TRÄNING

Finns: ☐ Läggs till: ☐ Hur ofta: _____

Annan aktivitet: _____

Stegriknare ☐

FaR® Minor Lundbybadet ☐

FaR® Junior Lundbybadet ☐

Junior Lundbybadet ☐

Min planering:

START: _____

FaR® för unga
på Hisingen

Fysisk aktivitet på Recept

UPPFÖLJNING VECKA: _____

Min samordnare: Anders Karin Camilla

Telefon: 368 20 42

Framtagen av FaR® på Hisingen 08/010

Recept för ett hälsosamt liv

Ingredienser:

SKOLAN

Finns: ☐ Läggs till: ☐

Gå eller cykla till och från skolan ☐

Vara med på skolgymnastiken ☐

Gå ut på rasterna ☐

Annat: _____

FRITID

Att inte bli skjutsad till kompisar ☐

Aktivitet med kompisar _____ ☐

Aktivitet med familjen _____ ☐

Tv och dator - högst två timmar om dagen ☐ Tid: _____

DÄGLIG RÖRELSE

Gå ut med hunden/ gå ärendet ☐

Ta trappor istället för hiss/rulltrappa ☐

Städa/hjälpa till hemma ☐

Annat: _____

MATEN

Ät tre huvudmål om dagen - frukost, lunch och middag ☐

Byt läsk mot vatten ☐

Ät sällanmat endast på helgen ☐

Annat: _____

BILAGA 3 - ARTIKELSÖKNING

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Utvalda
100326	Pubmed	Children AND Obesity	Links to full text, English, Human	12431		
		Children AND Obesity AND Overweight		10156		
		Children AND Obesity AND Overweight AND Motivational Interviewing		9	9	4 (3, 25 31, 32)
100326	Cinahl	Children AND Obesity	Peer reviewed, Research article, English	1690		
		Children AND Obesity AND Overweight		761		
		Children AND Obesity AND Motivational Interviewing		3	3 – En artikel saknades på biblioteket	1 (26)
		Children AND Overweight AND Motivational Interviewing		3	3	1 (27)
100328	Pubmed	Adolescents AND Obesity	Links to full text, English, Human	13011		
		Adolescents AND Obesity AND Overweight		10665		
		Adolescents AND Obesity AND Overweight AND Motivational Interviewing		8	8	1 (33)

100328	Cinahl	Adolescents AND Obesity	Peer reviewed, English	1111		
		Adolescents AND Obesity AND Overweight		440		
		Adolescents AND Obesity AND Motivational Interviewing		1	1	
100416	Cinahl	Children AND Cognitive Behavioral Therapy AND Obesity	Peer reviewed, Research article, English	2	2 - En artikel saknades på biblioteket	1 (28)
		Children AND Cognitive Behavioral Therapy AND Overweight		1	1	1 (29)
		Adolescent and Cognitive Behavioral Therapy and Overweight		1	1	1 (30)
		Adolescent and Cognitive Behavioral Therapy and Obesity		1		

BILAGA 4 - ARTIKELÖVERSIKT

Nr: (3)		
Titel: Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children		
Författare: Söderlund LL, Nordqvist C, Angbratt M, Nilsen P		
Tidskrift: Health Education Research	Årtal: 2009	Land: Sverige
Syfte: Att identifiera hinder och möjligheter för sjuksköterskor vid tillämpning av MI rådgivning av överviktiga och feta barn i åldern 5-7 års ålder i sällskap med deras föräldrar.		
Metod: Fokusgruppsintervjuer uppbyggda av öppna frågor utifrån sjuksköterskornas erfarenheter av att tillämpa MI som rådgivning till överviktiga och feta barn.		
Urval: Fem sjuksköterskor på BVC och sex sjuksköterskor inom SKV tillfrågades av MI instruktören att delta i intervjuerna. 10 sjuksköterskor intervjuades, där majoriteten visade sig vara kvinnor i medelåldern.		

Nr: (25)		
Titel: Pediatric Nurse Practitioners`and Management of Childhood Overweight/Obesity: Results from 1999 and 2005 Cohort Surveys		
Författare: Small L, Anderson D, Sidora-Arcoleo K, Gance-Cleveland B		
Tidskrift: Journal of Pediatric Health Care	Årtal: 2008	Land: USA
Syfte: Att identifiera läkarnas nuvarande bedömning och hantering av barn med övervikt och fetma jämfört med expert rekommendationer. Att beskriva läkarnas upplevda hinder att ta upp denna fråga med deras patienter och dess föräldrar. Att jämföra graden av compliance gentemot dessa rapporterade praktiska beteenden för att kunna rekommendera riktlinjer.		
Metod: Enkätstudie innefattade två kohorter av PNP:s för att undersöka skillnader i självrapporterade praktiska färdigheter över tid.		
Urval: 293 PNP:s svarade på 1999:s enkätstudie som lämnades in av anonyma PNP:s. 2005:s enkätstudie gjordes under NAPNAP konferensen i Phoenix Arizona utav 127 PNP:s. Totalt deltog 413 PNP i de två kohort enkätstudierna.		

Nr: (26)		
Titel: The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment		
Författare: Stewart L, Chapple J, Hughes AR, Poustie V & Reilly JJ		
Tidskrift: Journal of Human Nutrition and Dietetics	Årtal: 2008	Land: England
Syfte: Att utforska tankarna och känslorna hos de föräldrar vars barn hade genomgått dietist konsultation antingen genom beteendeförändringstekniker eller utfört av dietister utan formell utbildning i dessa metoder.		
Metod: Föräldrarnas uppfattning om dietist behandlingen utforskades med hjälp av strukturerade djupintervjuer.		
Urval: Föräldrarna till 17 barn valde att delta i studien utav 79 tillfrågade familjer.		

Nr: (27)		
Titel: Collaborating with Low-Income Families and Their Overweight Children to Improve Weight-Related Behaviors: An Intervention Process Evaluation		
Författare: Tyler DO, Horner SD		
Tidskrift: Journal for Specialists in Pediatric Nursing	Årtal: 2007	Land: USA
Syfte: Att undersöka den samarbetande förhandlingsprocessen på en primärvårdsklinik, för att hjälpa låginkomst familjer att förbättra sin livsstil och minska de viktrelaterade hälsoindikatorerna hos sina överviktiga barn.		
Metod: Beskrivande analys av strukturerade fältanteckningar och ljudinspelning av föräldrar och barn.		
Urval: Inkluderingskriterier; - 8-12 år, - BMI < 95 % på CDC tillväxtskalan, - Prata och förstå engelska, - Kunna transportera sig till kliniken. 35 barn och deras föräldrar deltog i viktbehandlingsprogrammet under nio månader. 91 % av barnen var Mexikanamerikaner.		

Nr: (28)		
Titel: A Comparison of Cognitive and Behavioral Treatments for Pediatric Obesity		
Författare: Herrera EA, Johnston CA, Steele RG		
Tidskrift: Children`s Health Care	Årtal: 2004	Land: USA
Syfte: Att jämföra effektiviteten av en kognitiv och en beteende terapeutisk ansats i behandling av barnfetma.		
Metod: Under 12 månaders tid delades familjerna upp i en kognitiv, en beteende och en jämförelse grupp. De kognitiva och beteende grupperna tilldelades 10 veckovisa möten med 120 minuter vardera, under tillsyn av terapeuter och psykologer.		
Urval: 54 barn och deras föräldrar identifierades randomiserat genom en pediatrik viktminskning avdelning. Data ifrån ytterligare 25 barn och deras föräldrar som tidigare behandlats för barnfetma inkluderades. Inkluderingskriterier; - Barnet eller ungdomen skulle inneha minst 15 % övervikt utifrån nationella mått, - 6-18 år, - Minst en förälder skulle vara beredd att delta i de veckovisa mötena.		

Nr: (29)		
Titel: A Cognitive Behavioral Therapy Program for Overweight Children		
Författare: Van den Akker E, Puiman P, Groen M, Timman R, Jongejan M, Trijsburg W		
Tidskrift: The Journal of Pediatrics	Årtal: 2007	Land: Holland
Syfte: Att se BMI minskning och anpassa en hälsosam livsstil, samt att skapa en positiv självbild hos barn med övervikt och fetma med hjälp av KBT.		
Metod: KBT-Öppenvårdsprogram med föräldraengagemang och gruppansats.		
Urval: 73 barn och deras föräldrar valdes ut. Inkluderingskriterier; - Vara 8-15 år, - Övervikt och fetma definierat enligt (BMI-SDS) standard, - Kunna prata flytande holländska, - Minst en förälder skulle vara tillräcklig motiverad för att få delta i programmet.		

Nr: (30)		
Titel: Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents		
Författare: Tsiros MD, Sinn N, Brennan L, Coates AM, Walkley JW, Petkov J, Howe P RC, Buckley JD		
Tidskrift: American Journal of Clinical Nutrition	Årtal: 2008	Land: Australien
Syfte: Fastställa om KBT programmet (CHOOSE HEALTHY) inom SKV skulle vara effektivt för att förbättra kost, fysisk aktivitet och kroppssammansättning hos överviktiga och feta ungdomar.		
Metod: En kontrollgrupp utan behandling och en KBT grupp fick genomgå KBT under 20 veckors tid. Utbildning och KBT strategier användes under möten och telefonsamtal med en psykologiforskare och två kliniska psykologistudenter.		
Urval: 16 manliga och 31 kvinnliga överviktiga och feta ungdomar i åldern 12-18 år valdes randomiserat till programmet.		

Nr: (31)		
Titel: Office-Based Motivational Interviewing to Prevent Childhood Obesity A Feasibility Study		
Författare: Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, Sullivan S, Rockett H, Thoma KA, Dumitru G, Resnicow KA		
Tidskrift: Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine	Årtal: 2007	Land: USA
Syfte: Att avgöra om barnläkare och dietister kan genomföra ett kontorsbaserat preventionsprogram med användning av MI som den primära behandlingsmetoden.		
Metod: Randomiserade kliniska prövningar. 15 barnläkare och fem registrerade dietister tilldelades en av tre grupper: (1) kontroll, (2) minimal intervention (endast barnläkare), eller (3) intensiv intervention med barnläkare och registrerade dietister.		
Urval: Inkluderingskriterier: - 13-7 år, - BMI \geq 85 % eller \leq 95 %, eller inneha normal vikt och en förälder med ett BMI \geq 30. 91 barn uppfyllde kriterierna.		

Nr: (32)		
Titel: Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment for adolescent overweight and obesity: study design and methodology		
Författare: Brennan L, Walkley J, Fraser SF, Greenway K, Wilks R		
Tidskrift: Contemporary Clinical Trials	Årtal: 2008	Land: Australien
Syfte: Att prova effekten av MI och KBT i behandling av övervikt och fetma hos tonåringar.		
Metod: Deltagarna deltog i MI eller en standard semi-strukturerad bedömningsintervju och valdes sedan slumpmässigt in i en interventions-, eller kontrollgrupp.		
Urval: 34 familjer allokerades till gruppen för den semi-strukturerade intervjun och de resterande 29 familjerna allokerades till MI gruppen. Inkluderingskriterier: - 11-19 år, - Övervikt eller fetma enligt IOTF för barn, - Bo med en förälder eller vuxen vårdgivare som var beredd att delta i behandlingen.		

Nr: (33)		
Titel: Primary Care Physicians `Discussions of Weight-Related Topics with Overweight and Obese Adolescents: Results from the Teen CHAT Pilot Study		
Författare: Pollak K, Alexander S, Østbye T, Lyna P, Tulskey J, Dolor R, Coffman C, Namenek Brouwer R, Esoimeme I, Manusov J		
Tidskrift: Journal of Adolescent Health	Årtal: 2009	Land: USA
Syfte: - Att uppskatta MI kvantitet och kvaliteter relaterat till viktdiskussioner mellan läkare och överviktiga ungdomar, - Att undersöka läkares egenskaper som berör diskussionens kvalitet, - Att bedöma diskussionens kvalitet relaterat till förändringar i fett minsknings beteenden, träning, skärmtider, sömn och självrapporterad vikt vid en månad efter mötet.		
Metod: Administrerade telefonundersökningar. Forskningsassistenten träffade efter telefonundersökningen ungdomarna på kliniken och ljudinspelade besöken. Patienter besvarade sedan en uppföljande enkät en månad senare.		
Urval: 173 patienter ansågs lämpliga. 30 ungdomar slutförde undersökningen. Inkluderingskriterier: - engelsktalande, - BMI > 85 % relaterat till ålder och kön, - 12-18 år, - Inte vara gravid.		

BILAGA 5 - KATEGORIÖVERSIKT

Kategori	Struktur				Medverkan			Påverkan			
Sub-kategori/ Studie	Bedömnings-instrument	Genom-förda inter-ventioner	Tid	Urval	Motiva-tion	Föräldra engage-mang	Följsam-het	Ålder	Kunskap	Erfaren-het	Yttre omstän-dig-heter
Ref: (3)	H				H/M	H			H/M		H
Ref: (25)	H	H/M	H	H	H/M	H	H	H/M	H	H	H/M
Ref: (26)	H/M	M	H		M		M		H/M		
Ref: (27)	H	M	H/M	H	M	H/M	H		H/M	H	H/M
Ref: (28)	M	M	M	H/M	M	M					
Ref: (29)	H/M	H/M		H	M			H	M		
Ref: (30)	M	M	H								H
Ref: (31)		H	H	H		M	H		H/M		
Ref: (32)				H	M	M			M		
Ref: (33)				H	H/M			H	H/M	H/M	

H = Hinder, M = Möjlighet.

BILAGA 6 - FÖRKORTNINGAR

BHV - Barnhälsovården

BMI - Body Mass Index

BMI-SDS - BMI Standard Deviation Score

BVC – Barnvårdscentralen

CLOE - Child Lifestyle Obesity Epidemic

COSI - Child Obesity Surveillance Initiative

FaR® - Fysisk aktivitet på recept

FHI - Statens Folkhälsoinstitut

FN - Förenta Nationerna

IDEFICS - Identification and prevention of Dietary and lifestyle induced health Effects
In Children and infants

IOTF - International Obesity Task Force

KBT - Kognitiv beteendeterapi

LBU- Lagen om stöd för Barn och Unga

MI - Motiverande samtal

MVC - Mödravårdscentralen

PNP:s - Pediatricians, pediatric nurse practitioners and registered dieticians

SAUK - Sympati Acceptans Upplevelsemässig inbörds **K**ompetens

SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering

SKV - Skolhälsovården

SOU - Statens offentliga utredningar

VG-regionen - Västra Götalandsregionens

WHO - World Health Organization